



**DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN
APOYO ALFABETIZADOR**

**REPORTE MENSUAL (ASESORES Y/U ORIENTADOR)
REPORTE No. _____**

FECHA DE INICIO DEL APOYO: _____

MES QUE REPORTA DE: _____ A _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

HORAS: _____
AL MES ACUMULADAS FALTANTES

DATOS PERSONALES

OMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

DIRECCIÓN: _____
Calle No. Colonia Municipio Estado

Teléfono Celular

CORREO ELECTRONICO: _____

PROCEDENCIA: _____
Escuela Matricula Carrera Teléfono

LUGAR DONDE SE REALIZA EL APOYO ALFABETIZADOR

COORDINACIÓN DE ZONA: _____

COORDINADOR DE ZONA: _____

JEFE INMEDIATO: _____

No. Y NOMBRE DE LA MICROREGIÓN: _____

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- A) ORIENTADOR EDUCATIVO (PROGRAMA 10-14) ()
- B) ASESOR NIVEL INICIAL (ALFABETIZADOR) ()
- C) ASESOR NIVEL PRIMARIA ()
- D) ASESOR NIVEL SECUNDARIA ()

HORARIO: _____ (DIA Y HORA)

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES:

EN CASO DE ALGUN PROBLEMA CON LA COMUNIDAD QUE ATIENDE O EL PERSONAL DE LA INSTITUCION, FAVOR DE COMUNICARLO A LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL, NO ESPERES HAZLO DE INMEDIATO.

HORARIO: _____ (DIA Y HORA)
 NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: _____
 DOMICILIO: _____

ADULTOS ATENDIDOS: _____ NIVEL: _____

**ANEXAR LISTA
CON NOMBRES**

NOMBRE DEL ASESOR: _____
 NOMBRE DEL ASESOR DE APOYO: _____

IMPORTANTE QUE LLENES LAS PREGUNTAS:

	SI	NO
1- ¿SE LE APLICO EL EJERCICIO DE DIAGNOSTICO AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- ¿SE APLICO LA FORMATIVA I AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- ¿SE APLICO LA FORMATIVA II AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL ADULTO	NOMBRE DE MODULOS PRESENTADOS	CALIFICACIÓN DE EXÁMENES ACREDITADOS	CONSTANCIAS Y/O CERTIFICADOS
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____

APROVECHAMIENTO	
Excelente	
Muy Bueno	
Bueno	
Regular	
Irregular	

EN CASO DE HABER MÁS ADULTOS FAVOR DE ANEXAR LA HOJA CON LOS DATOS.

Comentarios del Jefe Inmediato:

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO O COORDINACIÓN DE ZONA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO (ASESOR)